

Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung: Argumente gegen die Überbetonung des Gesundheitsverhaltens

Mielck, Andreas

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Mielck, A. (2006). Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung: Argumente gegen die Überbetonung des Gesundheitsverhaltens. In K.-S. Rehberg (Hrsg.), *Soziale Ungleichheit, kulturelle Unterschiede: Verhandlungen des 32. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in München. Teilbd. 1 und 2* (S. 975-990). Frankfurt am Main: Campus Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-144849>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung: Argumente gegen die Überbetonung des Gesundheitsverhaltens

Andreas Mielck

In der letzten Zeit häufen sich in Deutschland nicht nur die Armutsberichte, sondern auch die Berichte über den Zusammenhang zwischen der sozialen Lage einerseits und dem Gesundheitszustand andererseits (z.B. Altgeld/Hofrichter 2000; Grobe/Schwartz 2003; Helmert 2003; Jungbauer-Gans/Kriwy 2004; Kamensky u.a. 2003; Klocke 2001; Mielck 2000). In einer kaum mehr überschaubaren Vielzahl von Arbeiten ist immer wieder gezeigt worden, dass Personen mit niedrigem sozioökonomischen Status (d.h. mit niedriger Bildung, niedrigem beruflichen Status und/oder niedrigem Einkommen) zumeist einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen, dass sie kränker sind und früher sterben als Personen mit höherem sozio-ökonomischen Status. Auch der vor kurzem vorgelegte »2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung« weist darauf deutlich hin (Bundesministerium 2005). Diese *gesundheitliche Ungleichheit* ist so oft belegt worden, dass an ihrer Existenz nicht mehr gezweifelt werden kann. Selbstverständlich ist nicht jeder Unterschied im Gesundheitszustand auch gleichzeitig ein gesundheitspolitisches Problem, das Interventionsmaßnahmen erforderlich machen würde. Die statusspezifischen Unterschiede sind jedoch so groß, dass in allen westeuropäischen Staaten versucht wird, diese Ungleichheit zu verringern.

In dem folgenden Beitrag soll skizziert werden, welche Ergebnisse zum Thema »soziale und gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland« vorliegen, und welcher Handlungsbedarf sich daraus ableiten lässt. Im Zentrum der Diskussion steht dabei der Begriff »soziale Ungleichheit«. Um mögliche Missverständnisse zu vermeiden, soll er zunächst etwas genauer definiert werden.

1. Vertikale und horizontale soziale Ungleichheit

Im Alltagsverständnis werden unter dem Begriff *soziale Ungleichheit* zumeist Unterschiede nach Bildung, beruflichem Status und Einkommen verstanden. Etwas präzi-

ser formuliert, handelt es sich hierbei um Merkmale der *vertikalen* sozialen Ungleichheit. Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, dass sich die vertikale soziale Ungleichheit mit Hilfe der drei oben genannten Merkmale (Bildung, beruflicher Status, Einkommen) gut erfassen lässt. Ein besonderes Gewicht kommt dabei dem Einkommen zu, da die (Einkommens-)Armut häufig als der zentrale Indikator für die vertikale soziale Ungleichheit angesehen wird.

Die Bevölkerung lässt sich jedoch auch mit Hilfe von Merkmalen wie Alter, Geschlecht und Nationalität in Gruppen unterteilen, und auch zwischen diesen Gruppen kann soziale Ungleichheit bestehen. Die Grenzen zwischen diesen Gruppen verlaufen sozusagen quer zu den Grenzen der vertikalen sozialen Ungleichheit; es wird daher auch von *horizontaler* sozialer Ungleichheit gesprochen. Die horizontale soziale Ungleichheit lässt sich mit einer Vielzahl von Merkmalen beschreiben. Neben Alter, Geschlecht und Nationalität können zum Beispiel auch Merkmale wie der Familienstand, die Zahl der Kinder und die Größe des Wohnortes einbezogen werden. Eine allgemein akzeptierte Liste von Merkmalen zur Erfassung der horizontalen sozialen Ungleichheit ist bisher nicht vorhanden und vermutlich auch nicht zu erstellen. Von zentraler Bedeutung sind jedoch die vier Merkmale Alter, Geschlecht, Familienstand und Nationalität.

In der soziologischen Diskussion wird heute zumeist betont, dass bei uns keine klar unterscheidbaren sozialen Schichten mehr vorhanden sind, dass sich die vielfältigen »Lebenslagen« nicht mehr mit Hilfe von Kriterien wie Bildung, Berufsstatus und Einkommen in eine einfache hierarchische Ordnung bringen lassen. In vielen sozial-epidemiologischen Studien ist jedoch immer wieder gezeigt worden, dass die Personen aus den unteren Statusgruppen erheblich kränker sind als die Personen aus den oberen Statusgruppen. Die Merkmale der vertikalen sozialen Ungleichheit sind demnach offenbar immer noch so wichtig, da sie sogar einen deutlichen Einfluss darauf ausüben können, wie gesund ein Mensch ist und wie lange er lebt.

Um die besonders belasteten Bevölkerungsgruppen so genau wie möglich beschreiben zu können, ist es wichtig, die *vertikalen* Merkmale (Bildung, beruflicher Status, Einkommen) mit den *horizontalen* Merkmalen (Alter, Geschlecht, Familienstand, Nationalität etc.) zu kombinieren. Diese Argumentation lässt sich am folgenden Beispiel verdeutlichen: In Deutschland leben ca. neun Prozent der Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze (Hauser 2004). Diese Bevölkerungsgruppe ist sehr groß und dementsprechend inhomogen. Es ist daher wichtig, innerhalb dieser Bevölkerungsgruppe nach Untergruppen zu suchen, bei denen die Belastungen besonders groß sind. Um zielgruppenspezifische Interventionsmaßnahmen planen zu können, sollte zum Beispiel bekannt sein, in welcher Altersgruppe und bei welcher Nationalität die Armut am höchsten ist. Derartige Analysen sind bisher jedoch kaum vorhanden. Auch bezogen auf den Gesundheitszustand ist die Bildung von spezifischen Untergruppen bisher nur in Ansätzen erkennbar. Allgemeine

Aussagen über den Zusammenhang zwischen Armut und Gesundheit sind ohne Frage von großer gesundheitspolitischer Bedeutung. Für die Ableitung von konkreten Interventionsmaßnahmen wäre es jedoch noch besser, wenn derartige Zusammenhänge für bestimmte Altersgruppen aufgezeigt werden (und auch getrennt für Männer und Frauen, Deutsche und Ausländer etc.). Da bisher nur wenige derartige Studien vorliegen, beschränkt sich der folgende Bericht zumeist auf eine allgemeinere Darstellung des Zusammenhangs zwischen der vertikalen sozialen Ungleichheit einerseits und dem Gesundheitszustand andererseits.

Bei der Forderung nach einer Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit stellt sich sofort die Frage, wie das angestrebte Ziel definiert werden kann. Eine Forderung wie »Alle Menschen sollen gleich gesund sein und gleich lange leben« ist selbstverständlich nicht sehr sinnvoll. In Anlehnung an die Argumentation des *World Health Organization* (WHO) Regionalbüros für Europa lässt sich das gesundheitspolitische Ziel wie folgt definieren (Mielck 2000: 11): »Alle Menschen sollen unabhängig von Ausbildung, beruflichem Status und/oder Einkommen die gleiche Chance erhalten, gesund zu bleiben bzw. zu werden«. Diese Zielvorstellung lässt sich mit dem Begriff *gesundheitliche Chancengleichheit* umschreiben. Sie wird kaum vollständig zu erreichen sein, gesucht werden aber realistische, umsetzbare Vorschläge, die dazu beitragen können, dieses Ziel so weit wie möglich zu erreichen.

2. Empirisches Beispiel zur gesundheitlichen Ungleichheit

Eine empirische Analyse, mit der sich das Ausmaß dieser »gesundheitlichen Ungleichheit« gut illustrieren lässt, ist von Annette Reil-Held (2000) durchgeführt worden. In einer Auswertung der Daten aus dem »Sozio-oekonomischen Panel« berechnete sie die Lebenserwartung für Personen aus unterschiedlichen Einkommensgruppen. Das Haushalts-Nettoeinkommen wurde dabei nach Anzahl und Alter der Haushaltsmitglieder gewichtet. Auf Basis des sich daraus ergebenden »Äquivalenz-Einkommens« sind anschließend zwei Vergleiche durchgeführt worden: zum einen zwischen den Personen oberhalb bzw. unterhalb des mittleren Einkommens, und zum anderen zwischen den Personen aus dem oberen bzw. aus dem unteren Viertel der Einkommensverteilung (vgl. Tab. 1).

Vor allem dieser zweite, etwas extremere Vergleich zeigt große Unterschiede in der Lebenserwartung (bei Männern zehn Jahre, bei Frauen fünf Jahre).

3. Ansätze zur Erklärung und Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit

Inzwischen wird immer häufiger die Frage gestellt, *warum* die Personen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen und was dagegen unternommen werden kann. Bei der Erklärung der gesundheitlichen Ungleichheit wird zwischen zwei grundlegenden Hypothesen unterschieden:

- Der sozio-ökonomische Status beeinflusst den Gesundheitszustand (plakativ formuliert: Armut macht krank).
- Der Gesundheitszustand beeinflusst den sozio-ökonomischen Status (plakativ formuliert: Krankheit macht arm).

<i>Äquivalenz-Einkommen</i>	Lebenserwartung (in Jahren)	
	<i>Männer</i>	<i>Frauen</i>
a) obere 50% der Einkommensverteilung	81	85
Untere 50% der Einkommensverteilung	77	83
b) obere 25% der Einkommensverteilung	82	86
Untere 25% der Einkommensverteilung	72	81

Datenbasis: Sozio-ökonomisches Panel (1984-1997)

Stichprobe: 2.675 Männern und 3.136 (neue Bundesländer, Deutsche); 939 Todesfälle

Tabelle 1: Einkommen und Lebenserwartung

(Quelle: Reil-Held 2000)

In den meisten Diskussionsbeiträgen wird betont, dass in Deutschland der erste Erklärungsansatz wichtiger ist als der zweite. Es ist daher mit einer Vielzahl von Ansätzen versucht worden, den Einfluss des sozio-ökonomischen Status auf den Gesundheitszustand zu erklären. Auf einer allgemeinen Ebene werden dabei die folgenden Ansatzpunkte zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit unterschieden:

- Verringerung der sozialen Ungleichheit (d.h. Verringerung der Unterschiede bei Ausbildung, beruflichem Status und Nettoeinkommen),
- Verbesserung der Gesundheits-Chancen von status-niedrigen Personen (d.h. Verstärkung ihrer gesundheits-fördernden Umweltbedingungen, Verringerung ihrer Exposition gegenüber gesundheits-gefährdenden Umweltbedingungen, Verbesserung ihrer präventiven und kurativen gesundheitlichen Versorgung, Ver-

besserung ihres Gesundheitsverhaltens, Verbesserung ihrer beruflichen und finanziellen Absicherung bei Krankheit).

Der erste Ansatzpunkt »Verringerung der sozialen Ungleichheit« würde das Problem quasi an der Wurzel anpacken. Der Nachteil ist jedoch offensichtlich: Die dafür erforderlichen grundlegenden strukturellen Veränderungen könnten nur in langfristigen gesellschaftlichen Auseinandersetzungen erreicht werden. Die Bemühungen um eine kurz- und mittelfristige Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit sind daher wohl erfolgreicher, wenn sie sich zunächst vor allem auf den zweiten Ansatzpunkt konzentrieren, das heißt auf die Verbesserung der Gesundheits-Chancen von status-niedrigen Personen.

Beim zweiten Ansatzpunkt wird oft betont, wie wichtig Gesundheitsverhalten und Eigenverantwortung sind. Eine Verbesserung des Gesundheitsverhaltens in den unteren Statusgruppen würde ohne Frage zu einer erheblichen Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit führen. Das Gesundheitsverhalten lässt sich mit Appellen an die Verantwortung für die eigene Gesundheit häufig jedoch kaum beeinflussen. Das Gesundheitsverhalten basiert zudem oft nicht nur auf freien Entscheidungen, sondern es wird maßgeblich geprägt durch die Lebensumstände. Ohne Berücksichtigung dieser komplexen Ursachen des Gesundheitsverhaltens besteht somit die Gefahr, dass dem »Opfer die Schuld zugeschoben wird (*blaming the victim*).

Um die Ursachen von Krankheit (und damit auch die Ansätze von Gesundheitsförderung und Prävention) verstehen zu können, ist die Unterscheidung zwischen »Verhalten« und »Verhältnisse« nach wie vor sehr hilfreich. In der jetzigen Diskussion muss vor allem wieder an die Wichtigkeit der »Verhältnisse« erinnert werden. Hierfür sind meines Erachtens drei Problembereiche besonders gut geeignet.

a) Gesundheitliche Belastungen am Arbeitsplatz

Der erste Problembereich bezieht sich auf die gesundheitlichen Belastungen am Arbeitsplatz. Im »Gesundheitsbericht für Deutschland« werden im Kapitel »Belastungen aus der Arbeitswelt« die folgenden Bereiche unterschieden (Statistisches Bundesamt 1998: 143):

- Umgebungsbelastungen (wie Lärm, Dämpfe, Hitze) und Unfallgefahren,
- körperliche Belastungen (schwere Lasten heben, einseitige Muskelbelastung),
- psychische und psycho-soziale Belastungen (Monotonie, Zeitdruck, Vorgesetztenverhalten).

Es kann kaum Zweifel daran geben, dass Umgebungsbelastungen, Unfallgefahren und körperliche Belastungen vor allem in den status-niedrigen Berufen vorhanden sind. Bei den psychischen und psycho-sozialen Belastungen ist die status-spezifische Verteilung weniger offensichtlich; hier wird jedoch ebenfalls davon ausgegangen, dass die Belastungen in den unteren Statusgruppen häufig besonders groß sind (z.B. Greiner 2001).

b) Environmental Justice

Der zweite Problembereich trägt die Überschrift »Environmental Justice« und konzentriert sich auf die soziale Ungleichheit bei Umweltbelastungen wie Lärm und Luftverschmutzung. Da dieser Forschungsbereich bei uns noch relativ unbekannt ist, soll er hier etwas ausführlicher vorgestellt werden: In den USA wird schon seit über 15 Jahren darüber diskutiert, ob diese Umweltbelastungen auf alle Bevölkerungsgruppen gleichmäßig (d.h. »gerecht«) verteilt sind. Die öffentliche Aufmerksamkeit konzentriert sich dabei vor allem auf die Unterschiede nach ethnischer Zugehörigkeit. Unterschiede nach Einkommen werden jedoch ebenfalls diskutiert (zumal in den USA ethnische Zugehörigkeit und Einkommen eng zusammenhängen). In Deutschland hat die Diskussion über die »sozial gerechte« Verteilung der Umweltbelastungen erst vor kurzem begonnen. Der erste Sammelband zu diesem Thema erschien Mitte 2004 (Bolte/Mielck 2004).

Eine der wenigen verfügbaren Studien basiert auf den Daten des »Sozio-oekonomischen Panels« (Mielck 2004). Der Fragenkatalog ist nicht identisch von Jahr zu Jahr, und Fragen der Umweltbelastung sind bisher nur in den Jahren 1986, 1994 und 1999 eingeschlossen worden. Die 1999 im Haushalts-Fragebogen eingesetzten Fragen lauten: »Wie sehr fühlen Sie sich hier in dieser Wohngegend durch Lärmbelastung beeinträchtigt? Wie sehr fühlen Sie sich hier in dieser Wohngegend durch Luftverschmutzung, wie zum Beispiel Staub, Abgase oder Gestank, beeinträchtigt?« Als Antwortvorgaben sind jeweils angeboten worden: gar nicht, gering, gerade erträglich, stark, sehr stark. In der Auswertung wird untersucht, ob und wie die Antworten zu diesen beiden Fragen mit den Angaben zum Haushalts-Einkommen (genauer gesagt: Äquivalenz-Einkommen) zusammenhängen. Als am höchsten belastet werden die Haushalte definiert, bei denen sowohl die Belastung durch Lärm als auch durch Luftverschmutzung stark oder sehr stark ist. Die Verteilung nach Einkommen ergibt ein klares Bild: Die untere Einkommensgruppe ist 2- bis 3-mal häufiger betroffen als die obere. Weitergehende Analysen zeigen, dass diese ungleiche Verteilung der Belastung durch Lärm und Luftverschmutzung in den neuen Bundesländern größer ist als in den alten.

Die Diskussion über das Thema »Armut und soziale Ungleichheit« bezieht sich bei uns zumeist auf die besonders betroffenen Bevölkerungsgruppen, wie zum Beispiel die Erwerbstätigen mit niedriger beruflicher Qualifikation, die Arbeitslosen oder die Alleinerziehenden (Hanesch u.a. 2000). Dabei wird nach wie vor nur selten beachtet, dass diese Bevölkerungsgruppen häufig in bestimmten Regionen bzw. Stadtgebieten wohnen. So wird zum Beispiel in der Diskussion über die zunehmende Armut bei Kindern und Jugendlichen nur selten danach gefragt, in welchen Stadtgebieten sich diese Problematik häuft und durch welche Merkmale des Stadtgebietes die sozialen und gesundheitlichen Folgen noch verschärft werden. Das Gleiche gilt auch für die Diskussion über das Thema »gesundheitliche Ungleichheit«, auch hier wird die regionale Dimension zumeist außer Acht gelassen. Es ist jedoch offensichtlich, dass sich die Probleme der sozialen und gesundheitlichen Ungleichheit in bestimmten Regionen bzw. Stadtgebieten konzentrieren.

c) Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung

Der vorliegende Beitrag soll vor allem dazu dienen, Fragen der sozialen Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung zu diskutieren, eingebettet in die aktuelle Diskussion zum Thema »gesundheitliche Ungleichheit«. Der folgende Abschnitt ist daher etwas länger als die beiden vorherigen.

Die wichtigste »Gesundheits-Ressource« ist ohne Frage das System der gesundheitlichen Versorgung. Die in Deutschland diskutierten Erklärungsansätze beziehen sich auch deswegen vor allem auf den Ansatz »Armut macht krank«, weil mit der vor mehr als 100 Jahren gegründeten Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) das Problem »Krankheit macht arm« weitgehend behoben wurde. Durch die Übernahme der Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung und durch die Zahlung von Krankengeld sind die finanziellen Belastungen, die sich aus einer Erkrankung ergeben können, für die Versicherten relativ niedrig geworden. In der GKV besitzen zudem die ärmeren Versicherten den gleichen Anspruch auf gesundheitliche Versorgung wie die Reichen. Das Solidaritätsprinzip der GKV gewährleistet somit ein vom Einkommen weitgehend unabhängiges Angebot der gesundheitlichen Versorgung. Gleiches Angebot ist jedoch nicht gleichbedeutend mit gleicher Inanspruchnahme. Es muss daher gefragt werden, ob es statusspezifische Unterschiede in der Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung gibt, wie groß sie sind und welchen Einfluss diese Unterschiede auf die gesundheitliche Ungleichheit ausüben.

Das Gleiche gilt für die gesundheitliche Aufklärung: Auch wenn alle Bevölkerungsgruppen angesprochen werden, so kann sich doch die Akzeptanz und Umsetzung der Empfehlungen von Statusgruppe zu Statusgruppe stark unterscheiden.

Hier lässt sich der Stand der Diskussion wie folgt zusammenfassen: Seit vielen Jahren werden große Anstrengungen unternommen, um die Bevölkerung über die gesundheitlichen Gefahren zu informieren, die beispielsweise mit dem Rauchen oder mit einer unausgewogenen Ernährung verbunden sind. Die Frage, welche Personengruppen durch diese Informations-Maßnahmen erreicht werden, wird bisher jedoch nur selten systematisch untersucht. Da die Personen aus den unteren Statusgruppen zumeist einen besonders schlechten Gesundheitszustand aufweisen, wäre es sinnvoll, die Maßnahmen auch und vor allem auf diese Personengruppe zu konzentrieren; dies geschieht jedoch offenbar nur selten. Die meisten Maßnahmen richten sich an die Allgemeinbevölkerung; es ist daher wichtig, die status-spezifischen Unterschiede in der Akzeptanz dieser Maßnahmen zu analysieren. Aus der Tatsache, dass Risikofaktoren wie Rauchen und unausgewogene Ernährung die höchste Prävalenz in den unteren Statusgruppen aufweisen, kann gefolgert werden, dass die gesundheitliche Aufklärung in diesen Statusgruppen besonders wenig Erfolg gehabt hat. Besser wäre jedoch eine direkte Messung der Akzeptanz in den unterschiedlichen Statusgruppen.

Empirische Ergebnisse über Unterschiede in der Inanspruchnahme der gesundheitlichen Versorgung liegen aus Deutschland bisher kaum vor; die vorhandenen betreffen vor allem die folgenden Themenbereiche: Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen, Maßnahmen der Gesundheitsförderung, Impfschutz, Inanspruchnahme von Fachärzten in der ambulanten Versorgung, Sanierung erkrankter Zähne, medikamentöse Kontrolle der Hypertonie. Ein besonders gutes Beispiel bietet das *Krankheits-Früherkennungsprogramm für Kinder*. Diese Untersuchungen gehören für alle in der GKV versicherten Kinder zum Katalog der Regelleistungen, sie können zudem ohne Zuzahlung in Anspruch genommen werden. Trotz dieses für alle Versicherten gleichen Angebots sind bei der Inanspruchnahme offenbar große status-spezifische Unterschiede vorhanden.

Dies wird am Beispiel der Auswertung von Daten aus Braunschweig deutlich. Dort wird bei der Einschulungs-Untersuchung nach dem SOPHIA-Modell verfahren, das heißt, die Eltern werden nach ihrem Beruf gefragt und die Antworten auf dem Untersuchungsbogen notiert (Schubert 1996). Da bei der Untersuchung auch Angaben über die Teilnahme an den U1- bis U9-Untersuchungen erhoben werden, lassen sich Unterschiede in der Teilnahme nach dem beruflichen Status der Eltern ermitteln. Ein Vergleich der Nicht-Teilnahme an den U1- bis U9-Untersuchungen zeigt, dass dieses Problem in der unteren Berufsgruppe erheblich häufiger zu finden ist als in der oberen. Die Analyse von neueren Daten aus Berlin kommt zu einem ganz ähnlichen Ergebnis: In den unteren Statusgruppen werden die Untersuchungen U3 bis U9 besonders selten in Anspruch genommen (Delekat/Kis 2001).

Einige Ergebnisse liegen auch über die Inanspruchnahme von Früherkennungsprogrammen für Erwachsene vor. So hat zum Beispiel eine Analyse aus dem Jahr

1994 über die Teilnahme an den Maßnahmen, die im Rahmen des § 20 SGBV durchgeführt wurden, klare status-spezifische Unterschiede gezeigt: Der Anteil der Teilnehmer war in der unteren Statusgruppe nur ca. halb so groß wie in der oberen (Kirschner u.a. 1995). Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt auch eine Auswertung von Daten, die im Jahr 2000 in Nordrhein-Westfalen erhoben wurden (Richter u.a. 2002): Die Teilnahme an *Maßnahmen der Gesundheitsförderung* ist in der unteren sozialen Schicht erheblich seltener als in der oberen (vgl. Tab. 2).

	Maßnahmen der Gesundheitsförderung ^a (in %)		
	Soziale Schicht ^b		
	<i>Obere</i>	<i>mittlere</i>	<i>untere</i>
Anteil in Stichprobe (in %)	23,2	53,2	23,6
Männer	7,3	6,5	3,6
Frauen	16,7	11,1	4,3

a: Teilnahme in den letzten 12 Monaten

b: Index aus Bildung, beruflichem Status, Einkommen

Daten: Gesundheitssurvey NRW 2000 (913 Männer, 984 Frauen)

Tabelle 2: Soziale Schicht und Teilnahme an Maßnahmen der Gesundheitsförderung

(Quelle: Richter u.a. 2002)

Andere Studien beschäftigen sich mit der *Inanspruchnahme von Fachärzten* in der ambulanten Versorgung. Sie zeigen, dass in den unteren Einkommensgruppen Praktische Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin besonders häufig und Fachärzte besonders selten in Anspruch genommen werden (z.B. Röckl-Wiedmann u.a. 2002). Mit einem unterschiedlichen Bedarf an ambulanter Versorgung lässt sich diese vom Einkommen abhängige Inanspruchnahme kaum erklären. Da Personen mit niedrigem Einkommen zumeist kränker sind als andere Personen, wäre zu erwarten, dass sie auch häufiger zu Fachärzten gehen. Es muss demnach gefragt werden, welche Hemmschwellen gerade bei den unteren Einkommensgruppen die Inanspruchnahme von Fachärzten erschweren.

Ein besonders deutliches Beispiel für soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung bietet die Zahngesundheit. In einer großen bundesweiten Studie aus den Jahren 1989 und 1992 ist eine detaillierte zahnärztliche Untersuchung vorgenommen, die Ergebnisse besitzen daher eine hohe Validität. Eine Gruppe von Ergebnissen bezieht sich auf den *Sanierungsgrad der Zähne* (der Sanierungsgrad gibt den Anteil der kariösen Zähne wieder, die mit einer Füllung versehen sind). Die Auswertungen zeigen, dass der Sanierungsgrad in der oberen sozialen Schicht am höchsten und in der unteren sozialen Schicht am niedrigsten ist. Eine vergleichbare

Studie aus dem Jahr 1997 hat in den Altersgruppen 35–44 Jahre und 65–74 Jahre einen ähnlichen Zusammenhang zwischen Schulbildung und Sanierungsgrad aufgezeigt (Micheelis/Reich 1999: 256, 346). Weitere Ergebnisse der Studie beziehen sich auf den *Ersatz von fehlenden Zähnen*. Demnach ist die Anzahl der nicht-ersetzten Zähne (d.h. der Zahnlücken) in der unteren sozialen Schicht am höchsten, sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern. Daraus lässt sich die Hypothese ableiten, dass schicht-spezifische Barrieren (z.B. in Form der finanziellen Selbstbeteiligung) den Ersatz fehlender Zähne erschweren.

Zum Abschluss sollen noch einige Ergebnisse zur Wahrnehmung der gegenwärtigen Reformdiskussion vorgestellt werden. Seit dem Jahr 2001 findet im Rahmen des »Gesundheitsmonitors« in regelmäßigen Abständen eine bundesweite Befragung von Versicherten und Ärzten statt (Güther u.a. 2002). Das von der Bertelsmann Stiftung geförderte Projekt bezieht sich vor allem auf aktuelle Fragen der ambulanten gesundheitlichen Versorgung. Bei der Versichertenbefragung werden zweimal pro Jahr ca. 1.500 deutschsprachige Männer und Frauen zwischen 18 und 79 Jahren schriftlich befragt. Die ersten beiden Versichertenbefragungen wurden im November/Dezember 2001 und im April/Mai 2002 durchgeführt. Die Auswertungen zeigen zum Beispiel, dass die Frage, ob in der Gesetzlichen Krankenversicherung das jetzige Solidarprinzip beibehalten werden soll, in den verschiedenen sozialen Schichten sehr unterschiedlich beantwortet wird. In der unteren sozialen Schicht wollen ca. 70 Prozent das jetzige System beibehalten, in der oberen jedoch nur ca. 40 Prozent (Marstedt 2002). Entsprechend wird auch eine Trennung zwischen Grund- und Wahlleistungen in der unteren sozialen Schicht von nur ca. 20 Prozent der Befragten akzeptiert, in der oberen jedoch von ca. 50 Prozent. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Akzeptanz von Eigenbeteiligungstarifen: Sie ist in der unteren sozialen Schicht erheblich geringer als in der oberen.

Der »Gesundheitsmonitor« beinhaltet auch einige Fragen zum Thema »Leistungs-Rationierung« (Braun 2002). Die Frage, ob »beim letzten Arztbesuch aus Kostengründen bestimmte ärztliche Leistungen verweigert worden« sind, wird von PKV-Versicherten sehr selten bejaht (ca. 1 %). Bei den GKV-Versicherten aus der oberen sozialen Schicht stimmen dagegen ca. 11 Prozent dieser Aussage zu, und bei den GKV-Versicherten aus der unteren sozialen Schicht sogar 17 Prozent. Hierbei handelt es sich selbstverständlich um subjektive Aussagen von Patienten, nicht um objektiv überprüfte Tatsachen, aber ein wichtiges Stimmungsbild geben die subjektiven Aussagen auf jeden Fall. Insgesamt betrachtet zeigen die Auswertungen des »Gesundheitsmonitors«, dass die gegenwärtige Reformdiskussion vor allem bei den Versicherten aus der unteren sozialen Schicht zu einer großen Verunsicherung geführt hat. Wichtig ist auch ein anderes Ergebnis: Eine Frage bezieht sich darauf, ob bei der gesundheitlichen Versorgung die schlechter Verdienenden durch besser Verdienende unterstützt werden sollen. Unabhängig vom eigenen Einkommen

stimmen ca. 85 Prozent der Befragten dieser Aussage zu (Marstedt 2002). In diesem Sinne wird das Solidarprinzip also von einer großen Mehrheit befürwortet, auch in den oberen Statusgruppen. Daraus kann gefolgert werden, dass die Reformdiskussion auf dieser grundlegenden Bereitschaft zum Solidarprinzip aufbauen sollte und dass gezielte Anstrengungen notwendig sind, um die Verunsicherung in den unteren Einkommensgruppen abzubauen.

d) Verhältnisse und/oder Verhalten

Oben wurde betont, dass die Unterscheidung zwischen ›Verhältnisse‹ einerseits und ›Verhalten‹ andererseits immer noch hilfreich ist, auch und vor allem um auf die Gefahr des ›blaming the victim‹ hinzuweisen. Bei den gesundheitlichen Belastungen am Arbeitsplatz, und auch bei Belastungen wie Lärm und Luftverschmutzung im Wohngebiet, ist die Zuordnung zu den ›Verhältnissen‹ relativ eindeutig. Bei den Umweltbelastungen in Wohnung und Wohnumgebung wird die Gefahr des ›blaming the victim‹ besonders deutlich: Die Personen aus den unteren Statusgruppen, die in schlechten Wohnungen, in der Nähe von industriellen Schadstoff-Emittenten und/oder stark befahrenen Verkehrswegen leben, tun dies zumeist nicht freiwillig. Häufig lassen die beschränkten finanziellen Möglichkeiten keine andere Wahl. Die Mieten reflektieren die Unterschiede in der Wohnqualität und oft sind niedrige Mieten gleichbedeutend mit höherer Umweltbelastung. Hier handelt es sich um eine Exposition, bei der die exponierten Personen nur selten die Möglichkeit haben, die Exposition zu beenden. Diese Art von Belastung ist kein guter Nährboden für Ratschläge zum individuellen Gesundheitsverhalten.

Bei den sozialen Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung sind die ›Verhältnisse‹ eng mit dem ›Verhalten‹ verzahnt. Selbstverständlich ist das Aufsuchen eines Arztes zunächst einmal Ausdruck des Gesundheitsverhaltens, ebenso wie die Wahrnehmung eines Versorgungsangebotes. Dieses Verhalten kann jedoch durch günstige ›Verhältnisse‹ gefördert und durch ungünstige behindert werden. Die oben dargestellten Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung können somit als Hinweis darauf verstanden werden, dass es offenbar ›Verhältnisse‹ gibt, die bei den unteren Statusgruppen zu einer relativ geringen Inanspruchnahme der Versorgungsangebote führen. Auch dies muss noch kein (gesundheits-)politisches Problem sein. Es könnte ja auch sein, dass die Versorgungsangebote von den oberen Statusgruppen stärker als notwendig in Anspruch genommen werden. Dies ist jedoch nur eine theoretische Möglichkeit ohne viel Praxisrelevanz. Angesichts der Tatsache, dass die unteren Statusgruppen eine erhöhte Mortalität und Morbidität aufweisen, und dass die gesundheitliche Versorgung einen wichtigen Beitrag zur Gesunderhal-

tung leisten kann, ist eher von einer Unter-Versorgung der unteren Statusgruppen auszugehen (und nicht von einer Über-Versorgung der oberen Statusgruppen).

4. Ausblick

Die Unterscheidung zwischen »Verhältnisse« einerseits und »Verhalten« andererseits ist relativ grob und nicht immer hilfreich. Die Ansatzpunkte zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit lassen sich besser in einem Vier-Felder-Schema verdeutlichen, mit der Kategorie »Ansatzpunkt Individuum oder Umwelt« auf der einen und der Kategorie »Verringerung der Belastungen oder Stärkung der Ressourcen« auf der anderen Seite (vgl. Abb. 1). Die bisher durchgeführten Maßnahmen lassen sich zumeist in das Feld »individuelle Maßnahmen zur Verringerung der Belastungen« einordnen. Im Sinne von »new public health« (Rosenbrock 2001) sollten jetzt vor allem die Maßnahmen gefördert werden, die sich auf die Stärkung der Ressourcen und die Verringerung der Belastungen konzentrieren.

Angestrebt werden sollte eine schrittweise Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit. Wünschenswert wäre dabei ein Zyklus, der sich in drei Phasen unterteilen lässt: Bestandsaufnahme des Problems und Zieldefinition, Entwicklung und Umsetzung von Interventionsmaßnahmen, Evaluation der Maßnahmen und erneute Zieldefinition. Von einem derart rationalen Vorgehen ist in Deutschland bisher jedoch nur ansatzweise etwas zu erkennen. Eine klare Zieldefinition fehlt, und es sind nur wenige Gesundheitsförderungsmaßnahmen ergriffen worden, mit denen gezielt versucht wird, den Gesundheitszustand in den unteren Statusgruppen zu verbessern. Diese Maßnahmen sind zumeist regional, zeitlich und finanziell sehr begrenzt; eine fundierte wissenschaftliche Evaluation ist zudem kaum vorhanden.

Es war bisher kaum möglich, bei uns einen Überblick über die Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention zu erhalten, die sich auch und vor allem an die sozial Benachteiligten richten. In Deutschland ist nur selten versucht worden, eine derartige Bestandsaufnahme zu erstellen. Auffallend ist, dass dabei jeweils nur ein kleiner Ausschnitt aus den vorhandenen Maßnahmen erfasst wurde, und dass offenbar erst seit wenigen Jahren versucht wird, diese Interventionsmaßnahmen systematisch zu erfassen. Die größte Anstrengung zur Schließung dieser Informationslücke wird zurzeit von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) unternommen. Die Internet-Plattform »Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten« (<http://www.datenbank-gesundheitsprojekte.de>) bietet erstmals die Möglichkeit (a) einen umfassenden und ständig aktualisierten Überblick über diese Maßnahmen zu schaffen und (b) diese Information allen Interessenten kostenlos zur Verfügung zu stellen. Seit Ende 2004 läuft ein EU-Projekt, mit dem diese Inter-

net-Plattform auf mehrere Staaten ausgedehnt werden soll. Das Projekt trägt den Titel »Closing the Gap: Strategies for Action to Tackle Health Inequalities in Europe« und wird ebenfalls von der BZgA geleitet, gemeinsam mit dem *European Network of Health Promotion Agencies* (ENHPA).

	<i>Vor allem bei Personen mit niedrigem sozio-ökonomischen Status:</i>	
	<i>Verringerung der Belastungen</i>	<i>Stärkung der Ressourcen</i>
Ansatzpunkt »Individuum«	<i>Individuelle Maßnahmen zur Verringerung der Belastungen:</i> <ul style="list-style-type: none"> – bei Rauchern: Vermeidung des Rauchens – bei allein erziehenden, einkommensarmen Frauen: Bereitstellung einer Haushaltshilfe etc. 	<i>Individuelle Maßnahmen zur Stärkung der Ressourcen:</i> <ul style="list-style-type: none"> – bei Übergewichtigen: Förderung von sportlicher Betätigung – bei Kindern aus einkommensarmen Familien: finanzielle Förderung von Ferienreisen etc.
Ansatzpunkt »Umwelt«	<i>Allgemeine Programme zur Verringerung der Belastungen:</i> <ul style="list-style-type: none"> – Wohnbedingungen (z.B. Verringerung von Lärm und Abgasen im Wohngebiet) – Arbeitsbedingungen (z.B. Verringerung von einseitiger körperlicher Belastung und Monotonie) etc. 	<i>Allgemeine Programme zur Stärkung der Ressourcen:</i> <ul style="list-style-type: none"> – Verbesserung der finanziellen Lage von einkommensarmen Familien – Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung (z.B. Förderung der Teilnahme an Präventionsmaßnahmen) etc.

Abbildung 1: Ansätze zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit

(Quelle: eigene Darstellung nach Rosenbrock 2001)

Anlass zu verhaltenem Optimismus bietet der Entwurf des Präventionsgesetzes (PrävG), der Anfang 2005 in den Bundestag eingebracht wurde (ebd.). Schon in § 3 (d.h. an sehr prominenter Stelle) heißt es: »Maßnahmen der gesundheitlichen Prävention sollen die Gesundheitschancen der Bevölkerung verbessern und insbesondere dazu beitragen, sozial bedingte und geschlechtsbezogene Ungleichheit von Gesundheitschancen abzubauen«. Eine Spezifizierung erfolgt in § 27. Dort werden Präventionsmaßnahmen in den »Lebenswelten« der Zielgruppe gefordert (d.h. am Arbeitsplatz, in der Schule, im Stadtviertel etc.). In der Begründung steht: »Auf diese Weise kann insbesondere zur Verminderung sozial und geschlechtsbedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beigetragen werden.« Im § 25 wird betont, dass die Träger der Präventionsmaßnahmen in regelmäßigen Abständen einen Bericht über ihre praktischen Erfahrungen bei der Umsetzung dieses Gesetzes vorlegen sollen, und dass dabei die Unterteilung nach Alter, Geschlecht und sozialer

Lage zu beachten ist. In § 26 wird für jede Legislaturperiode ein »Präventionsbericht« der Bundesregierung angekündigt. Hier wird erneut die notwendige Unterteilung nach Alter, Geschlecht und sozialer Lage hervorgehoben.

Gemeinsam mit dem PräVG wird das Gesetz über die »Stiftung Prävention und Gesundheitsförderung« eingereicht (Präventionsstiftungsgesetz, PräVStiftG). Dort steht in §2 (also ebenfalls an sehr prominenter Stelle):

»Zweck der Stiftung ist die Förderung der gesundheitlichen Prävention im Sinne des Präventionsgesetzes. Dazu soll die Stiftung die Präventionsziele koordinieren und unterstützen sowie die gesundheitliche Prävention weiterentwickeln und insbesondere zum Abbau sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen.«

Diese neuen Gesetze dokumentieren das Engagement des Gesetzgebers für das Ziel »Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit«. Ein so klares Bekenntnis ist bisher nur in dem (seit 1.1.2000 geltenden) § 20 SGB V zu finden. Dort steht: »Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen.« Die neuen Gesetze bekräftigen diese Zielsetzung und sie heben zudem die Beschränkung auf die primäre Prävention auf, das heißt jetzt sollen *alle* Präventions-Maßnahmen zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit beitragen. Die Frage bleibt, wie dieses hochgesteckte Ziel erreicht werden kann. Im Gesetzentwurf sind dazu bisher nur wenige konkrete Hinweise vorhanden.

Literatur

- Altgeld, Thomas/Hofrichter, Petra (Hg.) (2000), *Reiches Land – Kranke Kinder? Gesundheitliche Folgen von Armut bei Kindern und Jugendlichen*, Frankfurt a.M.
- Böcken, Jan/Braun, Bernard/Schnee, Melanie (Hg.) (2002), *Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*, Gütersloh.
- Bolte, Gabriele/Mielck, Andreas (Hg.) (2004), *Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen*, Weinheim/München.
- Braun, Bernard (2002), »Häufigkeit und Auswirkungen von Leistungsrationierung im Gesundheitswesen«, in: Böcken, Jan/Braun, Bernard/Schnee, Melanie (Hg.) (2002), *Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*, Gütersloh, S. 97–111.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (Hg.) (2005), 2. *Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung*, Berlin.
- Delekat, Dietrich/Kis, Anita (2001), *Gesundheitsberichterstattung Berlin. Spezialbericht 2001-1: Zur gesundheitlichen Lage von Kindern in Berlin. Ergebnisse und Handlungsempfehlungen auf Basis der Einschulungsuntersuchungen 1999*, Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales und Frauen, Berlin.

- Greiner, Birgit (2001), »Psychosoziale Belastungen und Ressourcen am Arbeitsplatz«, in: Mielck, Andreas/Bloomfield, Kim (Hg.), *Sozial-Epidemiologie. Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten*, Weinheim, S. 141–156.
- Grobe, Thomas G./Schwartz, Friedrich W. (2003), »Arbeitslosigkeit und Gesundheit«, *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, H. 13, Robert Koch-Institut, Berlin.
- Güther, Bernd/Schnee, Melanie/Pothoff, Peter (2002), »Zur Methode des Gesundheitsmonitors«, in: Böcken, Jan/Braun, Bernard/Schnee, Melanie (Hg.), *Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*, Gütersloh, S. 188–199.
- Hanesch, Walter/Krause, Peter/Bäcker, Gerhard (2000), *Armut und Ungleichheit in Deutschland. Der neue Armutsbericht der Hans-Böckler-Stiftung, des DGB und des Paritätischen Wohlfahrtsverbands*, Reinbek.
- Hauser, Richard (2004), »The Personal Distribution of Economic Welfare in Germany – How the Welfare State Works«, *Social Indicators Research*, Jg. 65, H. 1, S. 1–25.
- Helmert, Uwe (2003), *Soziale Ungleichheit und Krankheitsrisiken*, Augsburg.
- Jungbauer-Gans, Monika/Kriwy, Peter (Hg.) (2004), *Soziale Benachteiligung und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen*, Wiesbaden.
- Kamensky, Jutta u.a. (2003), *Gesunde Kinder – gleiche Chancen für alle? Ein Leitfaden für den Öffentlichen Gesundheitsdienst zur Förderung gesundheitlicher Teilhabe*, herausgegeben vom Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg und dem Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen (Iögd), Bielefeld.
- Kirschner, Wolf/Radoschewski, Michael/Kirschner, Renate (1995), § 20 SGB V: *Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung. Untersuchung zur Umsetzung durch die Krankenkassen*, Sankt Augustin.
- Klocke, Andreas (2001), *Armut bei Kindern und Jugendlichen und die Auswirkungen auf die Gesundheit*, *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*, H. 4, Robert Koch-Institut, Berlin.
- Marstedt, Gerd (2002), »Solidarität und Wahlfreiheit in der GKV«, in: Böcken, Jan/Braun, Bernard/Schnee, Melanie (Hg.), *Gesundheitsmonitor 2002. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*, Gütersloh, S. 112–129.
- Micheelis, Wolfgang/Reich, Elmar (Gesamtbearbeitung) (1999), »Dritte Deutsche Mundgesundheitsstudie« (DMS III), Institut der Deutschen Zahnärzte (IDZ), Köln.
- Mielck, Andreas (2000), *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*, Bern.
- Mielck, Andreas (2004), »Unterschiede bei Lärmbelastung und Luftverschmutzung nach dem Haushaltseinkommen«, in: Bolte, Gabriele/Mielck, Andreas (Hg.), *Umweltgerechtigkeit. Die soziale Verteilung von Umweltbelastungen*, Weinheim/München, S. 139–153.
- Reil-Held, Annette (2000), »Einkommen und Sterblichkeit in Deutschland: Leben Reiche länger?« Institut für Volkswirtschaftslehre und Statistik, Universität Mannheim, *Beiträge zur angewandten Wirtschaftsforschung*, Nr. 580–00.
- Richter, Matthias/Brand, Helmut/Rössler, Gabriele (2002), »Sozioökonomische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung in NRW«, *Das Gesundheitswesen*, Jg. 64, H. 7, S. 417–423.
- Röckl-Wiedmann, Irmgard u.a. (2002), »Schichtspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Vorsorgeverhalten in Bayern: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung«, *Soz Präventiv Med*, Jg. 47, H. 5, S. 307–317.
- Rosenbrock, Rolf (2001), »Was ist New Public Health?«, *Bundesgesundheitsblatt*, Jg. 44, H. 8, S. 753–762.

Schubert, R. (1996), »Studie zum Gesundheitsverhalten von Kindern während der Einschulungsuntersuchung am Beispiel von Impfungen und Früherkennungsuntersuchungen«, in: Murza, Gerhard/Hurrelmann, Klaus (Hg.), *Regionale Gesundheitsberichterstattung*, Weinheim/München, S. 122–137.

Statistisches Bundesamt (Hg.) (1998), *Gesundheitsbericht für Deutschland*, Stuttgart.